

Cirurgia de redesignação sexual: Série de casos de cirurgia de masculinização do tórax

Gender Reassignment Surgery: Case Series of Chest Masculinization Surgery

Bruno Peixoto Esteves¹ Luanna Paula Afonso Itacaramby¹ Mateus Américo Galvão Santos²
Felipe Contoli Isoldi³ José da Conceição Carvalho Júnior³

¹Hospital Daher Lago Sul, Brasília, DF, Brasil

²Hospital Regional da Asa Norte, Brasília, DF, Brasil

³Universidade Federal de São Paulo, São Paulo, SP, Brasil

Endereço para correspondência Bruno Peixoto Esteves, SGAS 614, Conjunto C – Centro Médico Vitrium – Salas 106, 108 e 110–Asa Sul, Brasília, DF, CEP: 70200-740, Brasil (e-mail: bresteves@gmail.com).

Rev Bras Cir Plást 2026;41:s00461817176.

Resumo

Introdução A cirurgia de masculinização do tórax é um dos principais procedimentos no processo de transição física de homens transgêneros. O objetivo deste estudo é descrever uma série de casos de mastoplastias masculinizadoras e avaliar os resultados.

Materiais e Métodos Este é um estudo primário, descritivo, intervencionista, longitudinal e retrospectivo. Duas técnicas foram utilizadas: a periareolar e a de dupla incisão com autoenxerto do complexo areolopapilar. Os registros fotográficos para a comparação entre o pré e o pós-operatório foram analisados por dois cirurgiões plásticos, que os classificaram como *ruins*, *regulares*, *bons*, *muito bons* ou *excelentes*.

Resultados Foram operados 34 pacientes: a maioria (32; 94,12%) foi submetida à técnica de dupla incisão, e somente 2 (5,88%), à técnica periareolar. Ao todo, 2 pacientes (5,88%) foram submetidos a uma nova abordagem cirúrgica por apresentarem hematomas. Quanto à avaliação pelos juízes, 14 (20,59%) resultados foram classificados como *bons*, 29 (42,65%), como *muito bons*, e 25 (36,76%), como *excelentes*. A concordância observada (P_o) foi de aproximadamente 0,735, e o coeficiente Kappa, de cerca de 0,60.

Conclusão O estudo relata a experiência do autor principal (BPE), além de discutir conceitos sobre a cirurgia de mastoplastia masculinizadora.

Palavras-chave

- ▶ cirurgia plástica
- ▶ mama
- ▶ mamilo
- ▶ transgênero

Abstract

Keywords

- ▶ plastic surgery
- ▶ breast
- ▶ nipple
- ▶ transgender

Introduction Chest masculinization surgery is one of the main procedures in the physical transition process of transgender men. The objective of the present study is to describe a series of cases of masculinizing mastoplasties and evaluate the results.

Materials and Methods The current is a primary, descriptive, interventional, longitudinal, and retrospective study. Two techniques were used: the periareolar and the double incision with autografting of the nipple-areolar complex. The photographic

Estudo realizado no Hospital Daher Lago Sul, Brasília, DF, Brasil.

recebido

12 de agosto de 2025

aceito

24 de novembro de 2025

DOI <https://doi.org/10.1055/s-0046-1817176>.

ISSN 2177-1235.

Editor-chefe: Dov Charles
Goldenberg.

© 2026. The Author(s).

This is an open access article published by Thieme under the terms of the Creative Commons Attribution 4.0 International License, permitting copying and reproduction so long as the original work is given appropriate credit (<https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/>)

Thieme Revinter Publicações Ltda., Rua Rego Freitas, 175, loja 1, República, São Paulo, SP, CEP 01220-010, Brazil

records for the comparison between the pre- and postoperative periods were analyzed by two plastic surgeons, who classified them as *poor*, *fair*, *good*, *very good* or *excellent*. **Results** In total, 34 patients underwent surgery: most of them (32; 94.12%) underwent the double incision technique, and only 2 (5.88%) underwent the periareolar technique. A total of 2 patients (5.88%) underwent surgical reapproach due to hematomas. Regarding the evaluation by the judges, 14 (20.59%) results were classified as *good*, 29 (42.65%), as *very good*, and 25 (36.76%), as *excellent*. The observed agreement (Po) was of approximately 0.735, and the Kappa coefficient, of approximately 0.60.

Conclusion The experience of the main author (BPE) was reported, in addition to concepts about masculinizing mastectomy.

Introdução

Incongruência de gênero ou identidade transgênero refere-se à discrepância entre a identidade de gênero de um indivíduo e o sexo que lhe foi atribuído ao nascer.¹ O termo *não binário* descreve indivíduos cuja identidade de gênero existe fora ou entre as categorias tradicionais de masculino e feminino.²

Estimativas globais sugerem que entre 0,5 e 1,5% da população apresenta incongruência de gênero.^{3,4} É provável que esses números estejam subestimados, devido à subnotificação decorrente de preocupações morais, emocionais ou religiosas, medo ou falta de conhecimento sobre a condição.^{2,4}

A afirmação de gênero é um processo terapêutico multidisciplinar, composto por terapia hormonal e/ou cirurgia para alinhar as características físicas à identidade de gênero.¹ Nas transições de gênero feminino para masculino (FpM), as opções cirúrgicas incluem masculinização do tórax (mastectomias ou mastoplastias masculinizantes), cirurgias pélvicas (histerectomia e ooforectomia bilateral) e procedimentos genitais (faloplastias).¹ A masculinização do tórax costuma ser a primeira – e, às vezes, a única – intervenção cirúrgica.⁵⁻⁷ Estudos^{8,9} relataram que essa cirurgia gera altas taxas de satisfação do paciente, melhora da qualidade de vida e redução da disforia de gênero.

Objetivo

O objetivo deste estudo é descrever uma série de casos de mastoplastias masculinizantes, enfatizar aspectos críticos do procedimento e avaliar os desfechos cirúrgicos.

Materiais e Métodos

Esta série de casos é um estudo primário, descritivo, intervencionista, longitudinal e retrospectivo de pacientes da clínica particular do autor principal (BPE) que foram submetidos a mastoplastias masculinizantes entre julho de 2017 e junho de 2023.

Este estudo foi realizado em conformidade com os princípios da Declaração de Helsinque, e foi aprovado pelo

Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital Daher Lago Sul (CEP/HDLS), Brasil, sob o número 6.739.563. Todos os pacientes assinaram o termo de consentimento livre e esclarecido para a participação no estudo, incluindo a autorização para publicação das imagens mostradas nas **►Figs. 1–5**.

Os critérios de inclusão foram definidos como acompanhamento pré-operatório interdisciplinar e multidisciplinar por um período mínimo de 1 ano, idade mínima de 18 anos e ausência de diagnóstico de transtorno mental grave. Os critérios de exclusão foram acompanhamento pós-operatório irregular e recusa a assinar o termo de consentimento livre e esclarecido.

Todos os pacientes foram submetidos a exames de imagem pré-operatórios da mama (ultrassonografia e/ou mamografia) para excluir doenças que contraindicassem a cirurgia. A técnica cirúrgica foi escolhida pelo cirurgião principal e autor deste estudo (BPE) após avaliação física completa e consulta, com base no tamanho da mama, no grau de ptose (segundo a classificação de Regnault), na qualidade e na elasticidade da pele (analisadas ao exame físico) e na preferência do paciente. Todos os procedimentos foram realizados pelo mesmo cirurgião, que empregou duas técnicas, dependendo do caso: a periareolar (em mamas pequenas e não ptóticas) e a de dupla incisão com enxerto autólogo do complexo areolopapilar (CAP) em mamas médias/grandes ou ptóticas.

Os pacientes foram acompanhados após a cirurgia por um período mínimo de 5 meses e máximo de 12 meses. As variáveis analisadas incluíram idade, sexo autodeclarado, uso de terapia hormonal (prévia ou concomitante), comorbidades, cirurgias prévias, técnica cirúrgica utilizada e complicações do procedimento. Complicações maiores foram definidas como aquelas que exigiram reoperação, ao passo que as menores foram resolvidas em regime ambulatorial.

Registros fotográficos comparativos pré e pós-operatórios (de 3–6 meses após a cirurgia) foram avaliados por 2 cirurgiões plásticos certificados, membros titulares da Sociedade Brasileira de Cirurgia Plástica (SBCP), com pelo menos 5 anos de experiência na área. Os parâmetros de avaliação incluíram o alinhamento dos resultados com o contorno torácico masculino, o posicionamento da cicatriz em relação ao sulco inframamário (SIM) e a qualidade estética das cicatrizes, bem



Fig. 1 Fotografias de um homem transgênero de 24 anos. (A–C) Aspecto pré-operatório (paciente em terapia hormonal). (D–F) Resultado 3 meses após o procedimento de mastoplastia/mastectomia masculinizante (técnica de dupla incisão com enxerto do complexo areolomamilar). Orientações das imagens: A e D: vista frontal; B e E: perfil direito; e C e F: perfil esquerdo.

como a forma e o posicionamento do CAP. Os resultados foram submetidos a uma análise global e classificados como *ruins*, *regulares*, *bons*, *muito bons* ou *excelentes*.

Resultados

Ao todo, 34 pacientes foram submetidos à mastoplastia masculinizante. A idade média foi de 27,05 (variação: 19–41) anos. A maioria dos pacientes (28; 82,35%) se identificava como do sexo masculino, ao passo que 6 (17,65%) se declararam não binários. As comorbidades mais prevalentes foram

transtorno de ansiedade (23,53%), sobrepeso (23,53%) e depressão (11,76%). Os detalhes demográficos são apresentados na ►Tabela 1.

No momento da cirurgia, 32 pacientes (94,12%) estavam em terapia hormonal. Somente 1 (2,94%) paciente já havia se submetido a outro procedimento de afirmação de gênero (histerectomia).

A maioria dos pacientes (32; 94,12%) foi submetida à técnica de dupla incisão com enxerto livre do (CAP) e somente 2 (5,88%) foram tratados pela abordagem periareolar. Notavelmente, em 1 (2,94%) caso, apesar de ser candidato



Fig. 2 Fotografias de um homem transgênero de 24 anos. (A–C) Aspecto pré-operatório (paciente em terapia hormonal). (D–F) Resultado 3 meses após o procedimento de mastoplastia/mastectomia masculinizante (técnica de dupla incisão com enxerto do complexo areolomamilar). Orientações das imagens: A e D: vista frontal; B e E: perfil direito; e C e F: perfil esquerdo.

à técnica periareolar, o paciente optou pelo método de dupla incisão.

Ao todo, 2 (5,88%) pacientes necessitaram de reintervenção cirúrgica no primeiro dia de pós-operatório, devido à formação de hematoma. Em ambos os casos, a sutura sobre o hemitórax afetado foi reaberta, a hemostasia foi obtida, e a incisão foi fechada novamente. Ambos os pacientes apresentaram recuperação sem intercorrências após essas intervenções.

A incidência geral de complicações menores foi de 23,52% (8 casos), conforme detalhado na ►Tabela 2. Os problemas mais comuns foram epidermólise e pequenas deiscências nas áreas enxertadas. Essas complicações menores foram tratadas com sucesso com curativos seriados. O único caso de cicatriz inestética (hipertrofica) apresentou melhora significativa ao longo dos meses após a aplicação de gel de silicone.

Em relação às avaliações dos juízes, mostradas na ►Tabela 3, 14 (20,59%) desfechos foram classificados como *bons*, 29 (42,65%), como *muito bons*, e 25 (36,76%), como *excelentes*. Não houve registro de classificações *ruins* ou *regulares*. A concordância observada (P_o) foi de aproximadamente 0,735, e o coeficiente Kappa de Cohen, de cerca de 0,60. As ►Figs. 1–4 ilustram alguns dos resultados obtidos.

Discussão

População com Incongruência de Gênero e Necessidades de Cuidados de Saúde

A assistência médica para pacientes transgêneros deve prestar cuidados abrangentes e especializados em todas as fases, desde a primeira consulta, acompanhamento ambulatorial, terapia hormonal, procedimentos clínicos e cirúrgicos, até o monitoramento pós-operatório. Essa continuidade de cuidados é geralmente oferecida por uma equipe multidisciplinar, composta por psiquiatras, endocrinologistas, ginecologistas, urologistas e cirurgiões plásticos, entre outros, para apoiar as necessidades e a tomada de decisões do paciente em toda a sua complexidade.¹

Melhora da Disforia e Importância dos Procedimentos Cirúrgicos

Numerosos estudos^{2,5,10} relatam que pessoas transgênero frequentemente sofrem discriminação, estigma e abuso. Alarmantemente, 41% das pessoas transgênero relatam ter tentado suicídio (em comparação a 1,6% da população geral) e 56% foram diagnosticadas com depressão em algum momento (cerca de 4 vezes a taxa da população geral), enquanto 38% foram diagnosticadas com ansiedade (50% a mais que a taxa geral).⁴



Fig. 3 Fotografias de um homem transgênero de 34 anos. (A–C) Aspecto pré-operatório (paciente em terapia hormonal). (D–F) Resultado 3 meses após o procedimento de mastoplastia/mastectomia masculinizante (técnica de dupla incisão com enxerto livre do complexo areolomamilar). Orientações das imagens: A e D: vista frontal; B e E: vista oblíqua esquerda; e C e F: perfil direito.

Na presente série de casos, oito de 34 pacientes (23,53%) tinham histórico de transtorno de ansiedade ou depressivo, e o mesmo número foi classificado como portador de sobrepeso, que é frequentemente associado à ansiedade e à depressão.

Um estudo¹¹ demonstrou que, 1 ano após a cirurgia, 96% dos pacientes sentiam-se confortáveis com seus corpos no ambiente de trabalho, e 43% sentiam-se confortáveis em expor seus corpos em locais públicos, como piscinas e praias. Esses achados destacaram os benefícios funcionais e psicológicos da cirurgia de masculinização do tórax nessa população.

Em conjunto, os dados confirmam que a cirurgia plástica desempenha um papel fundamental na afirmação de gênero, pois auxilia os indivíduos a alinharem seu fenótipo à sua identidade, o que contribui para a redução da disforia de gênero e do preconceito social.

Faixas Compressivas e Mídias Sociais

Muitos homens transgêneros usam bandagens compressivas – popularmente conhecidas como *binders* – para achatar o tecido mamário e reduzir o incômodo e o estigma social associados ao volume do tórax.^{12,13} No entanto, o uso de *binders* pode ser incômodo e causar dor, infecções cutâneas (como dermatite), restrição da mobilidade dos membros superiores e dificuldades respiratórias.^{12,13}

Devido ao incômodo quanto ao uso prolongado de *binders*, muitos homens transgêneros deliberadamente exibem suas cicatrizes pós-operatórias como símbolos de orgulho e identidade comunitária.¹⁰ Neste estudo, por exemplo, um paciente que era candidato à técnica periareolar com cicatriz menor optou pela abordagem de dupla incisão, com cicatrizes mais visíveis, como forma de expressão pessoal.

Essa celebração das cicatrizes cirúrgicas se estende às plataformas de mídia social (Instagram, Facebook etc.), em que publicações com as *hashtags* #toposurgery, #ftm e #transmen fomentam o engajamento e o diálogo sobre a cirurgia de masculinização do tórax. Dessa forma, as cicatrizes lineares no peito passam a ser emblemas de triunfo individual e solidariedade coletiva.

Preparo Pré-operatório e Técnicas Cirúrgicas

A técnica periareolar produz cicatrizes pequenas e discretas, mas tem aplicabilidade limitada, sendo adequada somente para pacientes com mamas pequenas, não ptóticas e com boa qualidade de pele.¹⁴ Em mamas de tamanhos médio a grande ou com ptose, optou-se pela abordagem de dupla incisão com enxerto livre do CAP. Comumente chamada de *técnica do sorriso* devido ao formato curvo das cicatrizes inframamárias finais, que lembram uma boca sorrindo, esse método foi o mais realizado. Suas vantagens incluem excelente exposição



Fig. 4 Fotografias de um homem transgênero de 25 anos. (A–C) Aspecto pré-operatório (paciente em terapia hormonal). (D–F) Resultado 3 meses após o procedimento de mastoplastia/mastectomia masculinizante (técnica periareolar). Orientações das imagens: A e D: vista frontal; B e E: vista oblíqua direita; e C e F: perfil esquerdo.

cirúrgica, relativa facilidade técnica e baixas taxas de cirurgia de revisão. As principais desvantagens são as longas cicatrizes inframamárias, que podem se estender lateralmente ao longo da parede torácica, e possíveis alterações nas aréolas, como irregularidades de contorno e redução da sensibilidade.^{5,7,15}

Descrição da Técnica de Incisão Dupla com Enxerto Livre do CAP

As marcações pré-cirúrgicas são feitas com o paciente em posição ortostática (►Fig. 5). Uma linha média é traçada da fúrcula esternal até a cicatriz umbilical, verificando-se a presença de desvios umbilicais para não afetar as marcações restantes. O SIM é delineado bilateralmente (de modo geral, essa marcação segue a borda inferior do músculo peitoral maior [MPM]). Em seguida, essa marcação é transposta para a parte superior da mama, e forma um contorno preliminar do tecido dermoglandular a ser removido e do retalho cutâneo a ser preservado.

As marcações oblíquas bilaterais são feitas desde a cicatriz umbilical até o pilar axilar anterior, que, na maioria dos pacientes, tangencia a borda lateral do PPM, conforme descrito por outros autores.^{16,17} Em seguida, desenha-se uma linha tracejada do terço medial da clavícula até o CAP.

As áreas para lipoaspiração, mais comumente nas regiões pré-axilar ou torácica lateral, podem ser demarcadas. Deve-se enfatizar que as principais áreas de retalho cutâneo

geralmente não devem ser submetidas à lipoaspiração. A cateterização urinária é evitada, pois o tempo cirúrgico é limitado a cerca de 3 a 4 horas, e o procedimento pode causar desconforto ao paciente devido à exposição genital, incompatível com seu fenótipo. A profilaxia antibiótica com cefalosporina é administrada cerca de 30 minutos antes da incisão cirúrgica.

O procedimento começa com a infiltração de solução salina a 0,9% e adrenalina (1:500 mil) nas áreas de incisão e regiões de lipodistrofia (regiões axilares e torácicas laterais). Após cerca de 7 minutos, realiza-se a lipoaspiração nas áreas demarcadas utilizando uma cânula de 4,0 mm.

Em seguida, os enxertos areolares são coletados. Nas aréolas grandes, a opção é realizar a ressecção dupla do segmento areolar, com remoção e enxerto separados da aréola e do mamilo.

Após a coleta do tecido mamário, a incisão começa na marcação superior da mama, visando a remoção completa do CAP, uma vez que, em mamas pequenas com CAPs extensos, pode haver deslocamento da incisão para cima. Durante a mastectomia, deve-se manter uma espessura aproximada de 1,0 a 1,5 cm no retalho superior para preservar a vascularização e a inervação adequadas, sem danificar o plexo subdérmico, o que minimiza o risco de isquemia do retalho. Para a padronização do retalho, o excesso de tecido subcutâneo é ressecado com tesoura de Metzenbaum para evitar irregularidades.

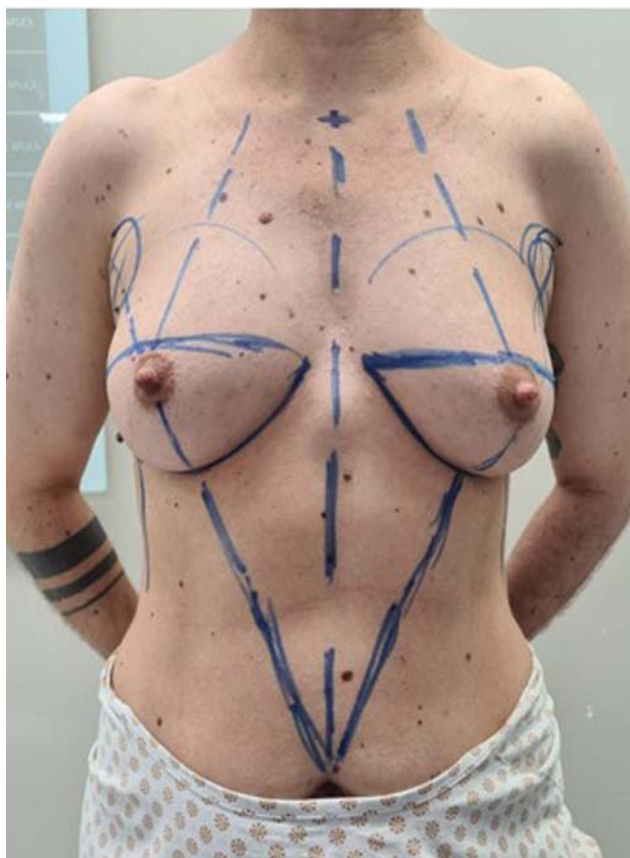


Fig. 5 Marcação pré-operatória do paciente mostrado na ► **Fig. 1**.

A incisão inferior é realizada em seguida, e pode ser feita diretamente no SIM ou um pouco acima dele, em casos de mamas de implantação muito baixa. A hemostasia deve ser rigorosa, e os retalhos cutâneos cranial e caudal são aproximados.

A cicatriz geralmente apresenta orientação horizontal na porção central do tórax. Na porção lateral, prefere-se uma linha mais curvilínea, que imita o ângulo da borda lateral do PMM, como proposto por outros autores.¹⁸ A conexão das cicatrizes na região esternal é evitada, embora possa ser necessária em casos de mamas grandes ou com ptose significativa.

Tabela 1 Dados demográficos dos pacientes submetidos à mastoplastia/mastectomia masculinizante entre julho de 2017 e junho de 2023

	Total
Número de pacientes	34
Idade média (anos)	27,05
Identidade de gênero	
Masculino	28 (82,35%)
Não-binário	6 (17,65%)
Comorbidades	
Sobrepeso	8 (23,53%)
Transtorno de ansiedade	8 (23,53%)
Depressão	4 (11,76%)
Obesidade	2 (5,88%)
Fibroadenoma mamário	2 (5,88%)
Positividade para vírus da imunodeficiência humana (HIV)	1 (2,94%)
Fibromialgia	1 (2,94%)
Transtorno de déficit de atenção e hiperatividade (TDAH)	1 (2,94%)
Terapia hormonal em andamento	32 (94,12%)
Cirurgias prévias (histerectomia)	1 (2,94%)

Em relação à reconstrução do CAP, o posicionamento simétrico do novo CAP, suas dimensões e características são fundamentais para a construção de um tórax masculino de bom aspecto estético.¹⁸⁻²⁰ O enxerto é preferível ao retalho dérmico pediculado inferior, pois este último exige a preservação de mais tecido mamário para garantir sua viabilidade, o que pode gerar excesso de volume na região mamária e desfechos insatisfatórios.

A literatura indica que cerca de 91% das aréolas masculinas têm formato oval, com dimensões aproximadas de 1,5 × 2,5 cm.^{6,21,22} No entanto, os dispositivos disponíveis no mercado para marcar aréolas são essencialmente

Tabela 2 Técnicas cirúrgicas e complicações das mastoplastias/mastectomias masculinizantes realizadas entre julho de 2017 e junho de 2023

Técnica cirúrgica	Periareolar	Incisão dupla	Total
Número de pacientes	2 (5,88%)	32 (94,12%)	34
Complicações:			
Hematoma	0 (0%)	2 (5,88%)	2
Epidermólise da aréola	0 (0%)	3 (8,82%)	3
Deiscência parcial das aréolas	0 (0%)	2 (5,88%)	2
Infecção	0 (0%)	0 (0%)	0
Necrose da aréola	0 (0%)	0 (0%)	0
Formação de cicatriz de mau aspecto estético	0 (0%)	1 (2,94%)	1

Tabela 3 Avaliação por juízes dos resultados pós-operatórios das mastoplastias masculinizantes realizadas entre julho de 2017 e junho de 2023

Avaliação	Avaliador 1	Avaliador 2	Total
Mau	0	0	0
Regular	0	0	0
Bom	9 (26,47%)	5 (14,71%)	14 (20,59%)
Muito bom	17 (50%)	12 (35,29%)	29 (42,65%)
Excelente	8 (23,53%)	17 (50%)	25 (36,76%)
Total	34	34	68 (100%)

redondos, projetados com base no formato e no tamanho dos CAPs femininos.

Considerando que o CAP masculino padrão tem configuração diferente, o uso de areolótomos comerciais, projetados de acordo com a anatomia feminina, produz aréolas com configurações distintas daquelas tipicamente observadas em homens. Além disso, quando enxertadas, as aréolas tendem a se alongar verticalmente devido à tensão e ao estiramento da pele, o que distorce ainda mais seu formato.^{6,23}

Neste contexto, outros autores⁶ têm defendido adaptações específicas após a marcação circular convencional da pele, essencialmente achatando a marcação original (reduzindo o diâmetro vertical e aumentando a extensão lateral). Acredita-se que essa abordagem gere forças de tensão e vetores de tração na pele, o que evita os resultados menos realistas decorrentes do formato elíptico vertical. Assim, um par de areolótomos elípticos (de 1,7 × 2,3 cm e 1,8 × 2,6 cm) em aço inoxidável foi projetado e desenvolvido, com base nas proporções das aréolas masculinas e nas forças de tração craniocaudal. Dessa forma, após a coleta e o enxerto em formato oval, o objetivo é manter essa aparência no sentido horizontal; alternativamente, quando a contração cicatricial é significativa, o CAP evolui para um formato arredondado, que também é esteticamente agradável e bem aceito pelos pacientes.

Em relação ao posicionamento do CAP, sua localização é cerca de 2,0 cm medialmente à borda lateral do MPM e 2,0 cm superiormente à sua inserção inferior (no sítio de incisão do SIM). De modo geral, o CAP é tangencial à linha torácica oblíqua inicialmente marcada, cerca de 11 a 12 cm da linha média esternal. Em pacientes com aréolas grandes, a opção é coletar os segmentos da aréola e do mamilo separadamente, para permitir o enxerto individual de cada componente do CAP. Para isso, o tecido areolar é adelgado e o tecido do mamilo é deixado ligeiramente mais espesso, o que também reduz o seu tamanho.

Os drenos de sucção são mantidos na cavidade mamária por 5 a 7 dias, e são removidos quando a drenagem for inferior a 50 mL em 24 horas. As suturas são feitas com fio de poliglactina na camada subcutânea (de 3.0 na camada profunda e de 4.0 na superficial) e náilon monofilamentar na pele (de 4.0) e no enxerto (de 5.0). O curativo do enxerto de CAP consiste em uma primeira camada de malha de celulose embebida em ácidos graxos essenciais, seguida de gaze sob pressão negativa recoberta por um curativo plástico trans-

parente. Este curativo é removido após 5 a 7 dias, e recomenda-se a troca diária da gaze embebida em ácidos graxos.

Nos cuidados pós-operatórios, recomenda-se o uso de meias antitrombóticas por 15 dias, e de uma faixa torácica por 45 dias. Anticoagulantes não são prescritos. As suturas do enxerto de CAP são removidas entre 10 e 12 dias após a cirurgia, e as demais suturas são mantidas por 20 a 30 dias. O retorno às atividades é gradual, com permissão para dirigir e retomar as atividades normais após 3 semanas e atividades físicas, após 6 semanas.

Resultados da Avaliação por Pares

Na avaliação por pares, os resultados foram classificados como *excelentes* (25; 36,76%), *muito bons* (29; 42,65%) e *bons* (14; 20,59%). A P_o foi de aproximadamente 0,735, e o coeficiente Kappa de Cohen, de cerca de 0,60, o que indica *confiabilidade de moderada a substancial entre os avaliadores*.

Conclusão

Este estudo apresenta a experiência do autor principal (BPE), e discute conceitos essenciais na cirurgia de masculinização do tórax, para ampliar a disseminação dessa abordagem cirúrgica entre os colegas. Os resultados respondem à crescente demanda por procedimentos de afirmação de gênero em meio à maior conscientização social sobre a autodeterminação de gênero.

Disponibilidade dos Dados

Os dados serão disponibilizados mediante solicitação ao autor correspondente.

Suporte Financeiro

Os autores declaram que não receberam suporte financeiro de agências dos setores público, privado ou sem fins lucrativos para a realização deste estudo.

Conflito de Interesses

Os autores não têm conflito de interesses a declarar.

Referências

- 1 Conselho Federal de Medicina (CFM) Resolução CFM nº 2.265/2019. Dispõe sobre o cuidado específico à pessoa com incongruência de gênero ou transgênero e revoga a Resolução CFM nº 1.955/2010 Revogada pela Resolução CFM nº

- 2.427/2025. Brasília: Diário Oficial da União; 2020. Available from: <https://sistemas.cfm.org.br/normas/visualizar/resolucoes/BR/2019/2265>
- 2 Spizzirri G, Eufrásio R, Lima MCP, et al. Proportion of people identified as transgender and non-binary gender in Brazil. *Sci Rep* 2021;11(01):2240. Doi: 10.1038/s41598-021-81411-4
 - 3 McEvenue G, Xu FZ, Cai R, McLean H. Female-to-male gender affirming top surgery: a single surgeon's 15-year retrospective review and treatment algorithm. *Aesthet Surg J* 2017;38(01):49–57. Doi: 10.1093/asj/sjx116
 - 4 Winter S, Diamond M, Green J, et al. Transgender people: health at the margins of society. *Lancet* 2016;388(10042):390–400. Doi: 10.1016/S0140-6736(16)00683-8
 - 5 Berry MG, Curtis R, Davies D. Female-to-male transgender chest reconstruction: a large consecutive, single-surgeon experience. *J Plast Reconstr Aesthet Surg* 2012;65(06):711–719. Doi: 10.1016/j.bjps.2011.11.053
 - 6 Agarwal CA, Wall VT, Mehta ST, Donato DP, Walzer NK. Creation of an aesthetic male nipple areolar complex in female-to-male transgender chest reconstruction. *Aesthetic Plast Surg* 2017;41(06):1305–1310. Doi: 10.1007/s00266-017-0935-7
 - 7 Marques B. Mastectomia masculinizadora para redesignação de gênero de transexuais masculinos. *Rev Bras Cir Plást* 2021;36(04):390–396. Doi: 10.5935/2177-1235.2021RBCP0123
 - 8 Van de Grift TC, Kreukels BP, Elfering L, et al. Body image in transmen: multidimensional measurement and the effects of mastectomy. *J Sex Med* 2016;13(11):1778–1786. Doi: 10.1016/j.jsxm.2016.09.003
 - 9 Van de Grift TC, Elfering L, Greijdanus M, et al. Subcutaneous mastectomy improves satisfaction with body and psychosocial function in trans men: findings of a cross-sectional study using the BODY-Q Chest Module. *Plast Reconstr Surg* 2018;142(05):1125–1132. Doi: 10.1097/PRS.0000000000004827
 - 10 Elias N, Rysin R, Kwartin S, Wolf Y. Breaking the binary: the approach to chest masculinizing gender-affirming surgery in transgender men. *Isr Med Assoc J* 2022;24(01):20–24
 - 11 Alcon A, Kennedy A, Wang E, et al. Quantifying the psychosocial benefits of masculinizing mastectomy in trans male patients with patient-reported outcomes: the University of California, San Francisco, Gender Quality of Life Survey. *Plast Reconstr Surg* 2021;147(05):731e–740e. Doi: 10.1097/PRS.0000000000007883
 - 12 Cohen WA, Shah NR, Iwanicki M, Therattil PJ, Keith JD. Female-to-male transgender chest contouring: a systematic review of outcomes and knowledge gaps. *Ann Plast Surg* 2019;83(05):589–593. Doi: 10.1097/SAP.0000000000001896
 - 13 Peitzmeier S, Gardner I, Weinand J, Corbet A, Acevedo K. Health impact of chest binding among transgender adults: a community-engaged, cross-sectional study. *Cult Health Sex* 2017;19(01):64–75. Doi: 10.1080/13691058.2016.1191675
 - 14 Wilson SC, Morrison SD, Anzai L, et al. Masculinizing top surgery: a systematic review of techniques and outcomes. *Ann Plast Surg* 2018;80(06):679–683. Doi: 10.1097/SAP.0000000000001354
 - 15 Junn A, Khetpal S, Smetona J, et al. Hockey stick incision: a modified technique for chest wall masculinization. *Ann Transl Med* 2021;9(07):600. Doi: 10.21037/atm-20-7678
 - 16 Atiyeh BS, Dibo SA, El Chafic AH. Vertical and horizontal coordinates of the nipple-areola complex position in males. *Ann Plast Surg* 2009;63(05):499–502. Doi: 10.1097/SAP.0b013e3181953854
 - 17 Tanini S, Calabrese S, Lo Russo G. The importance of nipple-areola complex position in chest masculinization surgery. *Aesthetic Plast Surg* 2021;45(02):829–830. Doi: 10.1007/s00266-020-01707-0
 - 18 Ammari T, Sluiter EC, Gast K, Kuzon WM Jr. Female-to-male gender-affirming chest reconstruction surgery. *Aesthet Surg J* 2019;39(02):150–163. Doi: 10.1093/asj/sjy098
 - 19 Ayyala HS, Mukherjee TJ, Le TM, Cohen WA, Luthringer M, Keith JD. A three-step technique for optimal nipple position in transgender chest masculinization. *Aesthet Surg J* 2020;40(11):NP619–NP625. Doi: 10.1093/asj/sjaa150
 - 20 Lo Russo G, Tanini S, Innocenti M. Masculine chest-wall contouring in FtM transgender: a personal approach. *Aesthetic Plast Surg* 2017;41(02):369–374. Doi: 10.1007/s00266-017-0796-0
 - 21 Beer GM, Budi S, Seifert B, Morgenthaler W, Infanger M, Meyer VE. Configuration and localization of the nipple-areola complex in men. *Plast Reconstr Surg* 2001;108(07):1947–1952, discussion 1953. Doi: 10.1097/00006534-200112000-00015
 - 22 Tanini S, Lo Russo G. Shape, position and dimension of the nipple areola complex in the ideal male chest: a quick and simple operating room technique. *Aesthetic Plast Surg* 2018;42(04):951–957. Doi: 10.1007/s00266-018-1131-0
 - 23 Munding GSS. Double-sided nipple-areola complex marker for masculinizing chest surgery. *Plast Reconstr Surg Glob Open* 2021;9(09):e3792. Doi: 10.1097/GOX.0000000000003792